

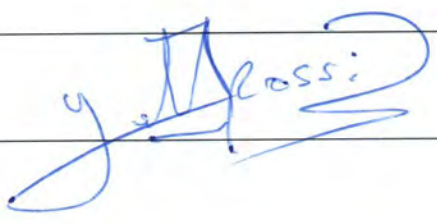
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA
RUT	
Profesión	
Departamento	DE PERSONAS MAYORES
Programa Social	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026 - 2027
Período del Contrato	01 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE DEL 2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	APOYAR EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL DESARROLLO DE TALLERES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES

Actividades efectuadas en el mes: JUNIO

ATENDER Y CANALIZAR SOLICITUDES DE PERSONAS MAYORES POR MEDIOS FÍSICOS Y VIRTUALES.
ASISTIR EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN ONLINE PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO ECONÓMICO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS Y ATENCIONES INTERCLÍNICA CORDILLERA.
REVISIÓN DE CERTIFICADO MÉDICOS AL TOTAL DE TALLERES DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL CÍRCULO EL CANELO
INSCRIPCIÓN A OPERATIVOS OFTALMOLÓGICOS DE SALUD, REUNIONES INFORMATIVAS DE VIAJE, TRUEQUE VERDE, PASEO POR EL DÍA, CHARLAS DE MANEJO DE URGENCIAS Y CONECTIVIDAD CHILE X CHILE.
APOYO EN EL REGISTRO DE LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DEL MES EN LA PLATAFORMA COMPUTACIONAL CON LA HERRAMIENTA ATS.
LLAMADOS TELEFÓNICOS PARA SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO VIGENTE COMO REQUISITO OBLIGATORIO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe de Departamento de Personas Mayores, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA**, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes **JUNIO de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **JUNIO de 2026**; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **YALLEL ANDRÉS ROSSI LEIVA**.

Nombre Jefe de Departamento	MARIA ANGELINA ALBA PINUER
Firma y timbre Jefe de Departamento	


VºB DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

